



An den
Zahnärztlichen Verein zu Frankfurt a.M. von 1863
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

Antrag auf Mitgliedschaft / Änderungsmitteilung

- () Ich beantrage die Mitgliedschaft im Zahnärztlichen Vereins zu Frankfurt am Main von 1863 e.V.
- () Ich bin bereits Mitglied, meine Daten haben sich geändert:

Frau / Herr..... Geb. Datum.....

Straße und Hausnummer.....

PLZ und Ort.....

Tel..... E-Mail.....

Name des Kontoinhabers.....

IBAN:

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit € 65,- pro Jahr, Studenten und Rentner sind frei. Bitte ggf. Nachweis für Studium oder Ruhegeldbezug beifügen.

- () Ich möchte den Mitgliedsbeitrag im Einzugsverfahren* entrichten. Bitte senden Sie mir ein Lastschriftmandat.
- * Sie erleichtern uns damit die Verwaltung der Beitragszahlungen erheblich. Eine Beitragsrechnung können Sie auf Wunsch erhalten.

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und stimme zu.

Ort, Datum

Unterschrift